

wier graviditeit en (of) partus door de staf van een groot centrum voor perinatologie werd begeleid.

Het spijt ons indien bij sommigen de indruk is gerezen dat wij met betrekking tot de secundair aan onze zorg toevertrouwd de schuldvraag gesteld zouden hebben ten aanzien van het perinataal overlijden van een kind. Naar analogie van de analyse van moedersterfte door BOUT (1971) hebben wij 71 gevallen van perinatale sterfte geanalyseerd welke voorkwamen in zwangerschappen waarvan in ieder geval de partus zich in het Sint Radboudziekenhuis voltrok. In 16 gevallen werd de perinatale sterfte als vermijdbaar gekwalificeerd. Het betrof hier kinderen, geboren na een zwangerschapsduur variërend van 31 tot 41 weken, met een gewicht variërend van 710 tot 3000 gram. Alleen al door het tijdig induceren van de baring zou voor deze groep kinderen een statistische „overlevingskans” van 70% of hoger gegolden hebben. Aan te geven waar, *onzes inziens*, de boot gemist is om deze overleving ook inderdaad te bewerkstelligen, was het doel van ons onderzoek.

Bij toepassing (retrospectief) van de Hobel-score bleken alle 71 zwangerschappen tot de categorie high/high-risk te behoren met uitzondering van één ante partum en één intra partum als low-risk te kwalificeren zwangerschap. Helaas is dit in de definitieve versie van ons manuscript onvoldoende tot uitdrukking gekomen.

Onze conclusie was niet, zoals de collegae Ridderikhoff en Dokter suggereren, dat „wij het in ons ziekenhuis beter doen dan de eerste-lijnsverwerkers”, want daarover kunnen wij niet oordelen; onze conclusie was, dat er in beide echelons zowel goede als slechte chauffeurs rondrijden en dat vermeden dient te worden dat zij brokken maken. Dit is te verwezenlijken door een attente verloskundige zorg, door adequaat reageren op premature weeën, respectievelijk door het op het juiste moment induceren van de baring bij een bedreigd intra-uterien bestaan, door een goede opvang en intensieve begeleiding van het risico-kind door ervaren neonatologen en door een snelle behandeling van pasgeborenen in moeilijkheden. Het psychosociale welzijn van de moeder (én de vader, én het kind) dient extra aandacht te krijgen bij de zorg bij risico-zwangerschappen.

Welke de plaats in dit systeem is van de eerste-lijnsverloskunde kan pas worden bepaald na onderzoek van veel meer gegevens dan ons bij dit onderzoek ter beschikking stonden. De basis daartoe zal gelegd moeten worden in een uniforme wijze van verslaglegging (de zwangerschapskaart van Meuwissen?), een vroegtijdige begroting van de risicofactor van een zwangerschap (de Hobel-score?) en de daaraan gekoppelde secundaire uitbreiding van de prenatale zorg, óf in de vorm van een specialistisch consult, óf in de vorm van een intra-uteriene overplaatsing van het bedreigde kind naar een centrum voor intensieve perinatale begeleiding. Verbetering van scholing en nascholing, intensivering van het onderling overleg en voorlichting aan het publiek dienen evenzeer deel uit te maken van zulk een aangepast systeem van verloskundige zorg als een adequaat en gedegen vervolgonderzoek van de overlevende risico-kinderen.

Ook wij zijn van mening dat de verkeersveiligheid er niet mee gediend is als een ieder zich voortaan per pantserwagen op straat zal begeven.

Literatuur: BOUT, J. (1971) *Moedersterfte in Nederland*. Proefschrift Vrije Universiteit, Amsterdam.

Nijmegen, februari 1981

T. K. A. B. ESKES
J. L. H. EVERS
R. PH. M. KRAKERS

Heeft uitwendige kering bij stuitligging zin?

Het artikel van MENSINK en HUISJES (1980) is een bijdrage in de discussie over het nut van uitwendige kering bij stuitligging. Toch twijfelen wij aan de juistheid van de gevolgtrekking „routinematige kering” niet meer uit te voeren. Allereerst dringt de vraag zich op wanneer de schrijvers toch tot kering – zij het niet routinematig – adviseren, mede op grond van hun aanbeveling versies na de 37e week onder tocolyse en cardiografische controle op de operatiekamer uit te voeren. Belangrijker lijkt het ons, dat er op de voordelen van kering te weinig nadruk wordt gelegd, waardoor men geen keuze kan maken. Daartoe zou het volgen kunnen dienen.

Uit de getallen blijkt dat in de verschillende categorieën (groep met contra-indicatie; controlegroep; (poging tot) versiegroep) in 1/3 à 3/5 een spontane kering optrad (resp. 7/20, 32/52 en 21/50), dus grofweg de helft. In de versiegroep lukten 11 van de 40 pogingen. Als we aannemen – wat uiteraard niet helemaal zeker is – dat ook bij de helft van deze patiënten een spontane kering alsnog zou hebben plaatsgevonden, wil dat zeggen dat de andere helft in hoofd- i.p.v. in stuitligging is bevallen. Dat zijn vijf patiënten. We lezen ook, dat in de versiegroep bij persisterende stuitligging veel vaker een keizersnede werd uitgevoerd dan bij hoofdligging. Dit kan betekenen, dat bij één à twee patiënten door de uitwendige kering een keizersnede is voorkomen!

De indicatie tot keizersnede bij stuitligging wordt in de literatuur zeer verschillend beoordeeld, zowel bij premature als bij mature partus. Sommigen nemen een zeer liberaal standpunt tegenover de keizersnede in. De morbiditeit en de mortaliteit bij keizersnede (zowel op korte als op lange termijn) moeten worden gesteld tegenover de kans op complicaties door de uitwendige kering, vooral solutio placentae. Ook wij zagen deze complicatie eens in 20 jaar routinematige versie, en wel onmiddellijk na een kering in narcose. Hoe groot de kans op solutio placentae is, is geheel onbekend. Hetzelfde geldt voor de andere complicaties; evenmin is bekend of er omstandigheden zijn aan te wijzen waarbij deze kans het grootst is; als zodanig worden wel narcose, dysmaturitas en een voorwand-placenta genoemd. Pas als deze vragen goed zijn beantwoord kan men oordelen over de waarde van de uitwendige kering.

Literatuur: MENSINK, W. F. A. en H. J. HUISJES (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1828.

Tilburg, februari 1981

P. J. H. VAN VUGT

Wij zijn collega Van Vugt erkentelijk voor zijn reactie op ons artikel, maar kunnen ook na zorgvuldige overweging zijn twijfel aan onze conclusie niet delen. Wij achten routinematige pogingen tot uitwendige versie vanaf de 32-34e week niet zinvol, omdat uit ons onderzoek bleek dat het effect van deze maatregel in het niet valt bij de natuurlijke neiging tot spontane versie. Een veel intensievere versiepoging tegen de à terme-datum, met eventueel aansluitend inleiden van de baring is een heel andere procedure, waarover wij geen onderzoek hebben verricht. Daarvoor geldt onze uitspraak dan ook niet en op grond van de gegevens van anderen zou dit heel goed aan te bevelen kunnen zijn.

De door collega Van Vugt voorgestelde manipulaties met de getallen lijken ons niet toelaatbaar. Het is niet geoor-

loofd de groep met contra-indicaties bij deze berekening te betrekken. De belangrijkste reden is echter dat de groep van 11 vrouwen bij wie de versiepoging gelukte, niet vergeleken mag worden met de andere subgroepen uit de populatie. Er was bijvoorbeeld in ieder geval vóór de gelukte versie nog geen spontane versie opgetreden. Meer in het algemeen: een gecontroleerd onderzoek heeft nu juist ten doel speculaties over wat gebeurd zou zijn wanneer de onderzochte maatregel wel of niet uitgevoerd was, overbodig te maken. De getallen laten zien dat er wat dit betreft geen verschil is tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep.

De vergelijking van de morbiditeit en mortaliteit bij keizersnede met die, veroorzaakt door uitwendige versie, zou alleen relevant zijn wanneer de uitwendige versie – zoals door ons toegepast en onderzocht – enig effect zou hebben. Nu dit niet het geval is, is elke complicatie van uitwendige versie een onaanvaardbaar risico en de vergelijking met de keizersnede dan ook niet relevant.

Groningen, maart 1981

H. J. HUISJES
W. F. A. MENSINK

Marsfracturen

In hun artikel trekken ESTOURGIE en BLOK (1981) te snel de conclusie dat het lopen met bepakking de belangrijkste factor is voor het ontstaan van marsfracturen. Zij gaan voorbij aan het feit dat het lopen van een groep militairen nog andere kenmerken heeft: bijvoorbeeld het tempo, men marcheert. Dit in cadans lopen geeft grotere belasting. Niet voor niets loopt men over een brug uit de pas. Vervolgens het in rotten lopen. Wanneer de kleinsten voorop lopen moeten de langen achteraan hun pas verkorten. Lopen de groteren voorop dan maken de kleineren grotere passen. Een ander gevolg van het in rotten lopen is dat men constant scheef loopt wegens de kromming van het wegdek naar de berm toe. Dit kan voorkomen worden door de rechter en de linker rij na bepaalde tijd te laten wisselen.

Concluderend kan men zeggen dat het lopen in geforceerd tempo en het scheef belasten van grotere invloed zijn. De mate van getraind zijn telt ook mee. Militairen der zeemacht hebben een extra training van 350 km. De bepakking is van minder invloed, daar er ook marsfracturen optreden bij militairen die zonder bepakking marcheren.

Literatuur: ESTOURGIE, R. J. A. en W. BLOK (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 86.

Overveen, februari 1981

K. B. J. A. MERCX

In de jaren 1974 t.m. 1979 werden door de medische staf van de Vierdaagse van Nijmegen 11 wandelaars met marsfracturen naar de eerste hulp van ons ziekenhuis verwezen. Het bleken allen militairen te zijn die met bepak-

king liepen, alhoewel slechts 40% van de deelnemers militair is en slechts 2/3 van de militairen met bepakking loopt. Opgemerkt dient te worden dat van de deelnemende niet-militairen velen in groepsverband wandelen.

In zijn commentaar stelt collega Mercx, dat het geforceerde tempo en het scheef belasten en ook de mate van getraind zijn de belangrijkste factoren zijn voor het ontstaan van marsfracturen en niet het lopen met bepakking. Zijn conclusie suggereert echter dat alleen soldaten die met bepakking lopen in een geforceerd tempo wandelen, scheef belast worden en kennelijk slecht getraind zijn; immers wij vonden alleen fracturen bij de groep deelnemers die met bepakking liep, alhoewel zij slechts ca. 27% ($2/3 \times 40\%$) van de deelnemers uitmaken. Wij blijven liever bij onze eigen conclusie.

Nijmegen, februari 1981

R. J. A. ESTOURGIE
W. BLOK

Het Rapport Alternatieve Geneeswijzen

Als korte reactie op het Rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen in Nederland en de lange toelichting van haar Voorzitter in het Tijdschrift van 7 maart, welke artikelen van zoveel modieus begrip en tolerantie getuigen, hierbij enige, wat brute aforismen als duidelijker weerwerk.

1. De alternatieve geneeswijzen blijven bestaan bij de gratie van het feit, dat vele ziekten vanzelf overgaan en dat suggestie een grote kracht is.

2. Dit feit wordt door de alternatieven aangegrepen om hun „bekwaamheid” te etaleren. Voor de artsen behoort het echter een aansporing te zijn tot bescheidenheid en zelfkritiek.

3. Honderd jaar geleden stonden de alternatieve geneeswijzen op hetzelfde niveau als de officiële geneeskunde, daar beide even weinig genezing konden bieden (met uitzondering van de meer succesvolle chirurgie en verloskunde).

4. Later is echter de officiële geneeskunde door eigen inspanning met grote schreden de stand gebleven alternatieve geneeswijzen ver voorbijgestreefd.

5. Wanneer een geneeswijze 1500 jaar oud is, betekent dat nog niet, dat zij daarom zo goed is. Integendeel zelfs: zij zou ernstige herziening behoeven. Gelukkig is de officiële geneeskunde zo verstandig geweest zich wel te ontwikkelen, men denke o.a. aan de aderlatingen, clysteersputten, bloedzuigers en het koppenzetten.

6. De alternatieve geneeswijze is een geloof en is daarom niet uit het geestelijke leven weg te beredeneren. Zij geeft evenmin praktische hulp. Zij is een kostbare misleiding.

7. Het zou van medeplichtigheid getuigen als aan alternatieve geneeswijzen officiële wetenschappelijke basis wordt toegekend.

's-Gravenhage, maart 1981

H. NEEB, internist